

PHARMACIE

---

---

# ***AUTORISATION***

*de prescrire des médicaments  
contenant des substances vénéneuses  
accordée par le praticien dont relève l'interne*

---

---

NOM (en lettres capitales) : .....et PRENOM : .....

POLE / SERVICE : .....

interne

En vue de l'autorisation de prescrire accordée par le responsable de structure, merci de bien vouloir apposer ci-dessous vos signature et paraphe

Le Mans, le .....

Signature de l'interne

Eventuellement, paraphe utilisé pour la  
signature des ordonnances :

► Document à retourner au service de la Pharmacie, à l'attention de :  
Monsieur Damien BRUEL, Chef du pôle Gestion des produits de soins